

PITEM PROSOL SENIOR n°4128

Coordinare la salute e gli attori medico-sociali intorno alla persona anziana sul percorso assistenziale (Work Package 3.1)

WP3.1.3 Rapporto di valutazione delle sperimentazioni

WP3.1.3 Rapporto di valutazione delle sperimentazioni

| | |
|--|----|
| WP3.1.3 Rapporto di valutazione delle sperimentazioni | 1 |
| PRESENTAZIONE | 2 |
| I. Regione Piemonte - ASL CN2 | 3 |
| II. Regione Valle d'Aosta | 5 |
| III. Città Métropolitane di Nizza – Soggetto attuatore Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHU) | 6 |
| IV. Consiglio Dipartimentale delle Alpi dell'Alta Provenza (04) | 7 |
| V. ALLEGATO: RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA PIATTAFORMA SPERIMENTALE DI SUPPORTO E ACCOMPAGNAMENTO AI CAREGIVER FAMILIARI | 10 |

PRESENTAZIONE

La zona transfrontaliera del progetto Alcotra si troverà ad affrontare un problema demografico nel prossimo decennio: il 66% della popolazione di questo territorio avrà più di 65 anni.

Inoltre, l'accesso alle cure è sempre più difficile nelle aree rurali e montane, e questo pone seri problemi di continuità delle cure per gli anziani.

Come anticipare il rischio di non autosufficienza? Come si possono rilevare o individuare precocemente le situazioni di isolamento geografico e sociale? Come possiamo migliorare la leggibilità e l'uso dei sistemi di supporto per i caregiver familiari?

Lavorando su una logica di percorso, il progetto PROSOL Senior intende migliorare e ottimizzare l'assistenza fornita agli anziani che vivono a casa. L'obiettivo consiste nel definire un modello organizzativo territoriale che consenta a tutti gli attori sanitari e medico-sociali di lavorare in modo aperto. Questa dinamica implica inoltre il sostegno ai caregiver informali.

In risposta, i partner coinvolti nel progetto PROSOL Senior hanno sperimentato nuove soluzioni per coordinare e professionalizzare gli attori coinvolti al fine di fornire una migliore assistenza agli anziani (Work Package - WP3.1).

La Regione Liguria ha istituito un comitato direttivo di attori sanitari e medico-sociali. Ha inoltre sviluppato, in collaborazione con l'Università di Genova, un'applicazione di teleassistenza mobile.

La Regione Valle d'Aosta ha sviluppato strumenti per i pazienti affetti da malattie neurodegenerative e ha rafforzato le azioni di prevenzione attorno a un ufficio multidisciplinare. La Regione Valle d'Aosta ha elaborato un rapporto dettagliato, in collaborazione con il fornitore di servizi IRES. Una sintesi è presentata in questo documento.

La Regione Piemonte e l'ASLCN2, hanno sperimentato un nuovo modello di organizzazione territoriale: l'impiego di un'equipe multiprofessionale che coordina le attività mediche e garantisce un ruolo di socializzazione e di prevenzione del rischio di non autosufficienza.

L'area metropolitana di Nizza, in collaborazione con il centro ospedaliero di Nizza, ha sviluppato una piattaforma di telemedicina transfrontaliera con visite e consulenze a distanza.

Il dipartimento delle Alpi dell'Alta Provenza ha creato una piattaforma di supporto per i caregiver e una piattaforma digitale, Ma boussole aidants, per facilitare l'accesso alle informazioni per i caregiver familiari.

Questo rapporto presenta la valutazione delle sperimentazioni condotte (WP3.1.3) nei territori della regione Piemonte, regione Valle d'Aosta, città Métropolitaine di Nizza e regione delle Basse Alpi.

Le altre sperimentazioni sono trattate in rapporti di valutazione distinti, tra cui uno dell'IRES (Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte).

I. Regione Piemonte - ASL CN2

1. Presentazione del progetto, attori coordinati

Il progetto « SENIOR » dell'ASL CN 2 consiste nella sperimentazione di un modello di intervento che attuato per 10 mesi nel territorio dell'Alta Langa e principalmente all'interno della Casa della Salute di Cortemilia che, in questo modo, aggiunge un tassello importante alla propria costituzione, mentre si lavora alla Casa della Comunità prevista nell'ambito delle azioni del PNRR. Per la sperimentazione l'ASL ha coinvolto numerosi attori, fondamentali per la realizzazione di interventi concreti e coordinati.

La Convenzione, firmata nel dicembre 2021 a Cortemilia, vede operativi, oltre all'ASL CN2 medesima: il Consorzio Socio-Assistenziale di Alba, Langhe e Roero, il Comune di Cortemilia con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato locali, l'Università di Torino con il Centro di Igiene e Scienze Motorie S.U.I.S.M., l'Università degli Studi di Genova con il Dipartimento di Architettura e Design, APRO Formazione di Alba e l'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Roma.

Al terzo piano della Casa della Salute di via Divisioni Alpine, l'ASL CN2 ha ristrutturato e allestito un appartamento didattico all'interno del quale 54 over-75 (a gruppi di 11) che vivono in Alta Langa sono coinvolti da una équipe multi-professionale coordinata da Infermieri di Famiglia e Comunità, per un giorno a settimana, dalle ore 8.30 alle ore 14.30, nello svolgimento di attività di monitoraggio delle patologie croniche di ognuno, nella sensibilizzazione e formazione su stili di vita sani e idonei al loro stato di salute, con particolare riguardo all'attività fisica a loro adatta, alla socializzazione e all'allenamento cognitivo.

Al braccio sperimentale viene fornito un dispositivo STB (set-top-box), in continuità con lo studio pilota SmartSatCare (SSC), progetto finanziato dalla European Space Agency (ESA), insieme alla connessione a internet nel caso in cui risulti assente, per verificare l'efficacia del sistema TV-Assist Dem sul contrasto dell'evoluzione della fragilità, rispetto al gruppo con cura della cronicità soltanto nell'appartamento didattico.

2. Revisione dell'azione

Come descritto anche nel Piano di monitoraggio e valutazione redatto da IRES, lo studio sperimentale avviato presso l'appartamento didattico predisposto presso la Casa della Salute di Cortemilia, è uno studio di tipo interventistico, randomizzato in aperto. Il protocollo dello studio è stato redatto dagli operatori ASL in collaborazione con IRES Piemonte e sottomesso al Comitato Etico interaziendale, con parere favorevole del dicembre del 2021.

I medici di medicina generale (MMG) dell'area geografica in questione sono stati coinvolti e informati sullo studio tramite comunicazione scritta e attraverso la partecipazione ad una riunione operativa, al fine di avere un supporto nell'individuazione dei soggetti eleggibili (età maggiore di 75 anni, fragili o a rischio di fragilità, autonomi nelle attività di vita quotidiana e senza grave deterioramento cognitivo). I soggetti estratti sono stati contattati con invito dell'ASL attraverso lettera e successiva telefonata a domicilio, durante la quale è stato fissato un appuntamento per presentare lo studio e le sue finalità.

Il personale dedicato al progetto ha preso contatto con oltre 200 anziani, effettuando più di 350 chiamate. Nell'aprile del 2022 è stato comunicato al Comitato Etico il primo arruolamento, conclusosi con successo, dopo alcuni screening failures, nel mese di agosto, raggiungendo la quota prevista di 54 soggetti partecipanti (24 di sesso maschile, 30 di sesso femminile; 20 rientranti nella fascia di età 75-59, 20 nella fascia 80-84 e 14 in quella ≥ 85).

Chi ha declinato l'invito a prender parte all'intervento l'ha fatto perché ancora attivo dal punto di vista lavorativo, in via di numerosi impegni quotidiani o per ragioni di salute, dimostrandosi però ugualmente interessati all'iniziativa.

La sperimentazione si articola su 2 bracci di studio: cura della Cronicità integrata da Tele Assistenza e cura della Cronicità non integrata da Tele Assistenza. Entrambi i gruppi partecipano alle attività offerte presso l'appartamento pedagogico (visita e controllo dei parametri vitali, promozione della salute e prevenzione, attività fisica adattata); il gruppo sperimentale riceve un rinforzo sulle azioni di attività fisica adattata, avvertenze per la terapia farmacologica, promozione della salute e prevenzione secondaria (video-training, consulenze e sessioni di pratiche on-line) tramite dispositivo in collegamento con il televisore che permetterà la comunicazione con il personale sanitario in live streaming, senza effettuare alcuna registrazione o archiviazione di dati.

Gli outcomes in valutazione sono il livello di autonomia, come outcome primario, la qualità della vita, la fragilità, il numero di ricoveri, gli accessi al pronto soccorso e la soddisfazione per il servizio. Il livello di autonomia è misurato al momento dell'inizio delle attività in studio (tempo 0), a 6 e a 10 mesi con la scala ADL abitualmente usata per la valutazione geriatrica. La qualità della vita percepita con la versione italiana del SF-36. Il livello di autonomia/fragilità con il seguente set di scale: IADL, S.P.M.S.Q., ADICO, DMI, CIRS. I ricoveri e gli accessi al pronto soccorso nei partecipanti saranno rilevati a 6 e 10 mesi dal baseline. Infine, la soddisfazione per il servizio sarà misurata al post-intervento con una scala Likert a 5 livelli, la SUS o System Usability Scale.

3. Conclusione, modi per sostenere l'azione

Come si evince dal rapporto di IRES, la sperimentazione è ancora in corso e con i dati di baseline è possibile soltanto fornire una descrizione della popolazione a t0. Dai dati raccolti si è notato quanto segue.

La funzionalità fisica dei soggetti arruolati, valutata con scala SF36, rientra nei valori della fascia 90-100%. Per l'84.91% dei pazienti non sono presenti limitazioni dovute alla salute fisica, o vi sono in minima parte. Nel 77.36% non sono presenti limitazioni dovute a problemi emotivi, o se presenti, solo in minima parte. Per quanto riguarda l'attività sociale, l'analisi dei dati di baseline mostra una netta suddivisione nella scala: una porzione di pazienti, pari al 30.19%, riporta una bassa attività sociale, mentre il 69,81% dei pazienti mostra una buona o elevata attività sociale. L'abilità nel compiere 'attività strumentali' è stata misurata con la scala IADL: dall'analisi dei dati risulta che il 45.83% dei pazienti di sesso maschile, vs il 58,62% delle pazienti di sesso femminile mostra totale autonomia nelle attività strumentali. Rispetto invece all'abilità nello svolgere semplici attività della vita quotidiana, utilizzando la scala ADL (Activities of Daily Living) si sono rilevate le seguenti caratteristiche: il 9,43% dei pazienti mostra un ADL tra il 75 e l'80, mentre il 90,57% mostra un elevato ADL (90-100). Si può pertanto dedurre una buona, o ottima capacità dei soggetti reclutati nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Volendo notare una differenza tra i due sessi, si può rilevare che nel gruppo di sesso femminile

vi sia una più marcata distribuzione nella fascia 75-80 rispetto al sesso maschile. La popolazione partecipante allo studio, non mostra inoltre disturbi cognitivi o comportamentali; il dato rilevato collima anche con quanto raccolto dall'applicazione dello short portable mental status questionnaire (SPMSQ) su un eventuale deterioramento cognitivo: i pazienti mostrano un deterioramento assente o lieve, anche filtrando per fasce di età. Diversamente, dall'analisi dei dati relativi al cumulative illness rating scale riguardanti i primi 53 soggetti reclutati, emerge che 41 di loro riportano almeno un problema di salute 'medio', 6 hanno almeno un problema 'grave', 5 hanno almeno un problema 'lieve' e 1 non ha alcun problema. Le patologie con sintomatologia medio-grave riguardano le seguenti aree cliniche: cardiovascolare (32, 60%); endocrino-metabolico (17, 32%), urologico/genitale (13, 24,5%) muscolo-scheletrico (12, 22,6%).

Dal punto di vista della sostenibilità, a fronte delle prime impressioni raccolte tra i pazienti coinvolti nello studio e dalle richieste a partecipare pervenute al termine della fase di arruolamento, è possibile sostenere che l'iniziativa ha riscosso notevole successo e se si dovesse portare avanti la sperimentazione in molti sceglierebbero di continuare.

II. Regione Valle d'Aosta

1. Presentazione del progetto, attori coordinati

Pro.Sol-Senior, in Valle d'Aosta, ha permesso di offrire nuovi percorsi di riabilitazione per gli anziani con disturbi cognitivi e demenze iniziali in modo integrato con i servizi già esistenti. Neuropsicologi e terapisti occupazionali a questo dedicati, a seguito delle valutazioni e delle segnalazioni dei professionisti dell'Azienda USL Valle d'Aosta, si sono presi cura sia delle persone che della loro famiglie, singolarmente nelle loro case o in gruppo nelle "palestre della mente".

La Regione Valle d'Aosta è stata partner del progetto e l'Azienda USL Valle d'Aosta ente attuatore. Preso atto di questo il coordinamento degli attori per la realizzazione delle attività di progetto è stato un punto di attenzione centrale. "Integrazione" potrebbe essere considerata infatti la cifra che caratterizza, a più livelli, Pro.Sol-Senior in Valle d'Aosta. Tra operatori, innanzitutto. Costante è stato il confronto tra l'affidatario del servizio, il CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze) e l'ufficio che gestisce il progetto all'interno dell'Azienda USL Valle d'Aosta. Dalla prima fase a quella conclusiva, sono state contattate le Associazioni che in Valle d'Aosta si occupano del sostegno del paziente affetto da malattie come l'Alzheimer e il Parkinson e delle loro famiglie. Altrettanto importante è l'integrazione perseguita tra la parte sanitaria e quella sociale. Oltre alla collaborazione diretta tra le operatrici direttamente coinvolte in Pro.Sol-Senior e le assistenti sociali del territorio per risolvere problematiche concrete dei pazienti (come il trasporto di persone sole per partecipare alle palestre della mente), sono state organizzati e svolti due momenti di formazione con le operatrici degli sportelli sociali del territorio. Queste ultimi non saranno solo delle "antenne" sul territorio per contribuire a intercettare quanto prima i bisogni di una persona che inizia a soffrire di demenza e di indirizzarla nel percorso di cura corretto, ma anche di ascoltare eventuali bisogni inespressi per il miglioramento dei servizi attuali.

La realizzazione del sito www.disturbicognitivi-valledaosta.it e della mappa interattiva dei servizi al suo interno rappresenta uno strumento di raccolta delle informazioni e, quindi, di coordinamento per gli operatori e di orientamento per la popolazione che è stato possibile realizzare proprio alla luce del percorso e del lavoro svolto nel corso di Pro.Sol-Senior.

L'integrazione più ambiziosa e di lungo periodo, che ha una prospettiva che va al di là del periodo di finanziamento progettuale, infine, è quella che mette insieme la dimensione della salute con quella di benessere nel senso più alto del termine, a partire dal ruolo che la cultura riveste sia per la singola persona che per le comunità del territorio. Rispetto a questo, a partire ad esempio dal progetto haiku o dalla passeggiata sonora, è stato possibile realizzare "Interferenze" una rassegna di eventi di welfare culturale rivolti alle persone che hanno partecipato al progetto e alla popolazione in generale che porta a conclusione e amplifica quanto sperimentato in Pro.Sol-Senior. Fare esperienza delle diverse forme di arte e cultura può contribuire al benessere della persona e a contrastare la solitudine e l'isolamento della malattia.

2. Revisione dell'azione

Come dettagliato anche nei documenti redatti da IRES, in particolare "Il piano di valutazione e monitoraggio" e "La soddisfazione dell'utenza per gli interventi PITEM Pro.Sol-Senior", hanno beneficiato del servizio di riabilitazione neurocognitiva 58 pazienti e i loro nuclei familiari, tutti hanno espresso soddisfazione, vi parteciperebbero ancora e auspicerebbero una maggiore frequenza settimanale degli incontri.

Rispetto a "Interferenze: luoghi di circuito, dove la cultura cura", con circa 700 partecipanti, 30 ospiti di eccellenza, 20 incontri, 11 sedi, numerose alleanze e partnership locali: tra giovedì 15 e sabato 24 settembre 2022, è emerso concretamente come sia possibile far incontrare cultura e salute a partire dal presupposto che la cultura è un importante determinante di salute".

3. Conclusione, modi per sostenere l'azione

Pro.Sol-Senior in Valle d'Aosta, da un lato, lascia strumenti concreti come dei video tutorial con i consigli per i familiari e i care givers delle persone con disturbi cognitivi e demenze, il sito www.disturbi-cognitivi-valledaosta.it e una mappa interattiva dei servizi sul territorio regionale. Dall'altro, a livello più di sistema, ha contribuito a dimostrare l'importanza di porre l'accento sulla condivisione socio-sanitaria del percorso di riabilitazione, di portare il tema della demenza e dell'invecchiamento attivo al centro dell'attenzione della popolazione e di proporre il welfare culturale come prospettiva per la prevenzione e il benessere della popolazione.

La sostenibilità delle azioni realizzate nel corso del progetto si basa su questo, sulle relazioni attivate con i soggetti del territorio e sulla trasferibilità di questa buona pratica in altri progetti.

III. Città Métropolitana di Nizza – Soggetto attuatore Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHU)

In termini di azioni di coordinamento, sono stati organizzati diversi incontri faccia a faccia o in video-conferenza:

- Riunione di consultazione sul contenuto della piattaforma di telemedicina con il Centro Memoria di Ricerca e Risorse (CMRR) dell'Istituto Claude Pompidou (Nizza) e il Centro Risorse Autismo (CRA) dell'Ospedale Lénval (Nizza).
- Incontri per rivedere le diverse parti della piattaforma di telemedicina con i vari partner.
- Incontri con l'editore Maincare per identificare i problemi della piattaforma e per redigere il ricettario.
- Assistenza per l'installazione e il collaudo delle apparecchiature nelle strutture locali (Mentone, Tende, Sospel, Digne les bains e St Etienne de Tinée).
- Incontri regolari con il reparto informatico del CHU per preparare la distribuzione della piattaforma di telemedicina.
- Implementazione dello studio nei centri associati
- Riunione mensile di follow-up con il CMRR e il CRA

Per quanto riguarda il sito web di e-learning, abbiamo organizzato diversi incontri con il fornitore di servizi incaricato di sviluppare il sito web e di produrre i video:

- Riunione di inquadramento per definire gli obiettivi del progetto
- Riunione per convalidare le prime immagini del sito web
- Coordinamento delle giornate di riprese presso il CRA e il CMRR
- Formazione di mezza giornata sul back-office per la gestione del sito web
- Validazione dei contenuti dei video e del sito web
- Coordinamento per la traduzione in italiano e in inglese, validazione della traduzione
- Riunione di valutazione del sito web e dei contenuti e-learning da parte di un fornitore di servizi specializzato.

IV. Consiglio Dipartimentale delle Alpi dell'Alta Provenza (04)

Il **Consiglio dipartimentale delle Alpi dell'Alta Provenza** ha creato una piattaforma di orientamento e di sostegno psicologico per i caregiver familiari.

1. Presentazione del progetto, attori coordinati

Il prestatore Espoir 04 è stato selezionato per gestire in via sperimentale una piattaforma di supporto e accompagnamento per caregiver familiari di anziani.

L'esperimento, chiamato Espoir aidants, era suddiviso in 3 attività:

- Informazione e sensibilizzazione;
- Supporto psicosociale;
- Comunicazione.

La piattaforma è stata avviata il 19 aprile 2022. È composta da un'equipe di 4 persone, vale a dire 2,2 Equivalent Temps Plein (ETP, equivalente tempo pieno): 0,2 ETP di direzione, 1 ETP coordinatrice/assistente sociale, 0,5 ETP di psicologo e 0,5 ETP amministrativo.

Sono stati impiegati diversi strumenti per garantire il monitoraggio della presa di contatto, le valutazioni dei caregiver familiari e le schede di follow-up individuali.

I primi scambi si sono svolti spesso nei locali di Espoir 04 o a domicilio.

Il 14 settembre, presso la sede del dipartimento, si è tenuta una riunione di lancio alla presenza di numerosi partner locali. Questo scambio di opinioni ha permesso di pubblicizzare ampiamente l'esistenza di questa piattaforma e di incoraggiare i partner a orientare i caregiver familiari.

Delle riunioni di pilotaggio sono state organizzate periodicamente tra febbraio e settembre dal Consiglio dipartimentale, alla presenza di Espoir aidants e Provence Alpes Agglomération. Questi incontri hanno contribuito a chiarire le missioni della piattaforma, le sue modalità operative e i partner da mobilitare.

2. Revisione dell'azione

Dopo 5 mesi di attività, è stato effettuato un primo bilancio:

| Bilancio al 15/09/2022 | |
|---|--|
| Numero di caregiver | 56 |
| Profilo dei caregiver | 79% di donne; 21% di uomini |
| Età dei caregiver | Il 53% ha un'età compresa tra 40 e 62 anni |
| Bisogni espressi dai caregiver informali | <ul style="list-style-type: none"> - Essere ascoltati - Essere riconosciuti e valorizzati nel ruolo di caregiver - Avere un supporto psicologico - Avere soluzioni per semplificare la vita quotidiana |
| Bisogni espressi dai professionisti | <ul style="list-style-type: none"> - Identificare e rivolgersi ai caregiver - Ascoltare, informare e orientare i caregiver (compreso il sollievo) - Promuovere la condivisione di esperienze, la formazione e il supporto tra pari. |

La sperimentazione ha consentito di raggiungere la maggior parte degli abitanti della valle della Durance e della zona di Forcalquier.

Il ruolo del coordinatore è fondamentale e richiede una conoscenza approfondita dei sistemi di aiuto e dell'offerta esistente. Deve essere in stretto contatto con tutti i professionisti per creare possibili soluzioni o combinare l'offerta per adattarsi alle situazioni grazie a una rete territoriale.

Si è pertanto scelto di assumere una coordinatrice con la qualifica di assistente sociale e un'anzianità di servizio nel territorio.

Anche se il censimento non è esaustivo, sembra che l'offerta per gli assistiti che sollevano i caregiver familiari sia più importante e meglio organizzata rispetto all'offerta diretta a favore degli stessi caregiver familiari. Ciò può comportare l'assistenza diurna in un'EHPAD, l'assistenza medica e paramedica a domicilio, i servizi di assistenza domiciliare, i centri di informazione e coordinamento locali, i gruppi di mutuo aiuto, la piattaforma di supporto territoriale, ecc.

Al contrario, l'offerta per i caregiver si basa in gran parte su iniziative individuali e associative.

Espoir aidants ha, per esempio, realizzato diverse azioni collettive di sensibilizzazione, gruppi di discussione o workshop che promuovono il sostegno tra pari, e incontri professionali in particolare.

Il rapporto completo di valutazione è allegato.

3. Conclusione, modi per sostenere l'azione

La creazione di una piattaforma di orientamento e supporto per gli assistenti familiari ha richiesto un notevole sforzo in termini di visibilità e comunicazione con i potenziali prescrittori.

I partenariati inclusi hanno permesso di indirizzare 56 badanti in 5 mesi.

La piattaforma ha altresì permesso di identificare l'offerta territoriale e le zone bianche/grigie.

Gli ostacoli incontrati sono:

- La maggior parte dei caregiver non è consapevole del proprio ruolo; la richiesta di aiuto o di sollievo giunge tardi, soprattutto nella fase di esaurimento;
- La prevenzione deve essere rafforzata per preservare la salute e il benessere degli anziani e dei loro caregiver;
- La copertura territoriale dell'offerta è insufficiente: le risposte per parenti e/o anziani sono spesso puntuali, parziali e meriterebbero di essere valorizzate e rese più flessibili;
- L'assistenza domiciliare deve far fronte a difficoltà di reclutamento nelle professioni di cura e assistenza.

Si identificano le leve seguenti:

- Stimolare la consapevolezza collettiva per rendere il caregiver familiare un attore a tutti gli effetti;
- Agire sulla prevenzione per anticipare l'esaurimento dei caregiver familiari;
- Realizzare l'azione della piattaforma in tutto il dipartimento, il più vicino possibile alla popolazione;
- Considerare una politica di sviluppo di servizi diretti per i caregiver familiari;
- Aumentare la capacità di assistenza domiciliare per liberare i caregiver familiari.

Infine, il progetto PROSOL SENIOR ha permesso altresì la realizzazione di una piattaforma digitale, Ma boussole aidants, per individuare l'offerta territoriale per i caregiver.

L'implementazione di questa sperimentazione è stata anche oggetto di una guida alla modellizzazione dell'organizzazione territoriale (deliverable WP3.1.2).

V. ALLEGATO: RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA PIATTAFORMA SPERIMENTALE DI SUPPORTO E ACCOMPAGNAMENTO AI CAREGIVER FAMILIARI